

# 介護老人保健施設入所者の誤嚥性肺炎の 包括的ケアを促す看護モデルの開発

小 熊 亜希子 (千葉大学大学院看護学研究科研究生)  
岡 田 忍 (千葉大学大学院看護学研究科)  
飯 野 理 恵 (千葉大学大学院看護学研究科)

本研究の目的は、介護老人保健施設（以下、老健）入所者の誤嚥性肺炎（以下、肺炎）の包括的ケアを促す看護モデルを開発することである。

予防医学の3段階と文献検討から導いた看護モデルの枠組みに、老健4施設の看護師8名のインタビューから得られた卓越した肺炎ケアの実践を統合し、文献による補完を経て看護モデル試案を作成した。老健の看護師は他職種と連携して収集した情報を活用して、入所者の状態をその後の変化も見通した上でアセスメントし、必要とされるケアを判断・実践していた。このことから、看護モデルでは入所者の状態・状況に応じてケアの目的と看護師が行う方策を設定し、さらに看護師の方策と連動して他職種や入所者・家族が行う方策を定めた。次に、専門家会議にて看護モデル試案の内容、構成概念妥当性を確認し、指摘に沿って修正した。看護モデルは全入所者の肺炎リスクの把握と入所者の状態・状況に応じた14個のケアの目的、入所者の状態・状況に関係なく実施するケアの目的3個、それぞれの目的を達成するために看護師、他職種、入所者・家族が実施する60個の方策で構成された。

本看護モデルは老健の看護師が全入所者の状態・状況を的確にアセスメントし、それに応じた肺炎ケアの実践を可能とすることで、老健入所者における誤嚥や誤嚥性肺炎の予防に有用であると考えられた。今後は看護モデルを使用し、その効果を明らかにする必要がある。

KEY WORDS : comprehensive care, aspiration pneumonia, residents of long-term care facilities

## I. 背景

高齢者が必要な医療・介護を受けられる長期ケア施設の1つに、介護老人保健施設（以下、老健）がある。老健は在宅復帰から誤嚥性肺炎等の治療・看取りまでの多様な機能を有し、様々な身体的な状態、様々なADLや家族との関係といった状況にある入所者が生活している<sup>1)</sup>。老健入所者で問題となる重要な健康障害の1つに肺炎がある<sup>2), 3)</sup>。高齢者の肺炎の7割以上が誤嚥性肺炎<sup>4)</sup>と言われ、2019年の誤嚥性肺炎による死亡率は65歳から徐々に、85歳以上では急激に増加し<sup>5)</sup>、今後も増加すると予測される。

誤嚥性肺炎（以下、肺炎）は加齢や脳血管疾患の後遺症などによる摂食・嚥下機能の低下を背景に発症し、再発を繰り返して、徐々に全身状態が悪化して死に至るといった経過をたどる場合が多い<sup>6)</sup>。したがって、老健においては肺炎の発症予防から早期発見・重症化予防、看

取りまでの途切れないケアを提供することが必要であるが、そのためには以下のような課題がある。

発症予防において重要な入所者の摂食・嚥下機能の評価のgold standardとして広く認知されている嚥下ビデオレントゲン造影を実施できる老健は少なく<sup>7)</sup>、水飲みテストなどのスケールも認知症を有することが多い老健入所者（以下、入所者）での実用性は低い。したがって入所者における摂食・嚥下機能の評価は十分ではなく、摂食・嚥下機能の低下に応じた誤嚥予防のケアが提供されない可能性がある。

早期発見については、肺炎は加齢による症状との類似や非典型的な症状による発症など早期発見や他疾患との鑑別が難しく<sup>8)~11)</sup>、発見の遅れが重症化につながる<sup>12)</sup>という問題点がある。

肺炎発症後は重症度に基づいた適切な治療の場の判断が重要であるが、既存の重症度判定を入所者に適用することには限界がある<sup>13), 14)</sup>。さらに入所者・家族は限られた時間で意思決定を迫られ、治療から看取りへの転換の見極めも難しい。

また、入所者の肺炎ケアには介護職や歯科衛生士、医師など多職種が関わっているが、職種間の協働は十分ではなく、口腔ケアにおける歯科衛生士との連携の体制が整っていない<sup>15)</sup>、誤嚥リスクの高い入所者の食事介助に看護職が関わりにくい<sup>16)</sup>、早期発見において重要な介護職と看護職の間のコミュニケーションが円滑とは言えない<sup>17)</sup>といった課題が報告されている。

以上の老健における肺炎ケアの課題を解決するには、小熊ら<sup>18)</sup>は老健の看護師が、今、入所者がどのような状態にあるのかを的確にアセスメントし、必要とされる肺炎ケアを判断することが重要と述べている。老健の看護師の中には、入所者の普段とは違うといった兆候から肺炎の可能性を捉えたり、肺炎の治癒の可能性と治療が入所者に与える影響を見通して、適切な治療場の選択を支援するといった卓越した実践を行っている者もいる<sup>19)</sup>が、その実践は個人、あるいは所属施設内にとどまっておらず、看護師間、老健間で共有できるかたちにはなっていない。

そこで、老健の肺炎ケアにおける課題を解決するためには、老健の看護師の卓越した肺炎ケアの実践を鍵として、発症予防から重症化予防・回復促進まで、すべての入所者の個々の状態・状況に応じた肺炎ケアの目的とそれに対する看護職の役割を老健の他職種や入所者・家族との協働も含めて示す看護モデルが必要であると考えた。この看護モデルによって、老健の他職種・入所者および家族との連携が促進され、すべての入所者の肺炎の発症予防から重症化予防が確実になされると考える。

## II. 目的

介護老人保健施設のすべての入所者の肺炎の発症予防、早期発見、重症化予防を目指す包括的ケアを促す看護モデルを開発し、妥当性を評価する。

## III. 用語の定義

・包括的ケア

「老健のすべての入所者を対象にしたケア」、「肺炎の発症予防から重症化予防・回復促進まで、途切れなく提供されるケア」、「入所者のケアに関わるすべての職種と入所者・家族が互いに協働して行うケア」の3つの意味を含む。

・看護モデル

Fawcett<sup>20)</sup>の看護モデルの定義「看護モデルとは看護学を中心となる人間、環境、健康、および看護という概念において、現象の観念的なイメージを表す言葉と命題についての記述からなり、看護についての看護師の個人

的なイメージを形式として表現したもの」を基に、「老健の看護師が入所者の状態・状況に応じて行う肺炎ケアの意図や実践を図示したもの」とした。

## IV. 看護モデルの作成手順

看護モデルの作成は、1. 看護モデルの枠組みの作成、2. 老健の看護師の卓越した肺炎ケアの実践の意図と行動の抽出・抽象化と看護モデルの枠組みとの統合、3. 専門家会議による看護モデル試案の内容妥当性・構成概念妥当性の評価の3つの段階を経て行った。以下に各段階について述べる。

### 1. 看護モデルの枠組みの作成

看護モデルの枠組みは、看護モデルの目指す姿に基づいて作成し、文献検討によって修正、加筆した。

以下にそれぞれの手順を述べる。

#### 1) 看護モデルの目指す姿に基づく枠組みの作成

前述した老健の肺炎ケアの課題と包括的ケアの定義から、看護モデルの目指す姿として以下の①～⑤を定めた。

- ① 肺炎発症前から回復までの途切れないケア
- ② すべての入所者に対する肺炎の発症予防
- ③ 肺炎の早期発見
- ④ 肺炎発症後の重症化予防と回復促進
- ⑤ 他職種、入所者とその家族との協働

次に予防医学の一次予防、二次予防、三次予防に対応する肺炎ケアの枠組みとして「発症予防」「早期発見」「重症化予防・回復促進」の3つを設定し、看護モデルの目指す姿②から④をそれぞれの枠組みにおいて看護師が目指す肺炎ケアの目的とした。また、看護モデルの目指す姿①の意味を表すよう3つの枠組みの間を矢印で連結した。次に、各枠組みにおける肺炎ケアの目的を達成するために看護師が実施する方策とそれに連動して他職種、入所者とその家族が実施する方策を位置づけ、看護モデルの目指す姿⑤を示した。作成した看護モデルの枠組みを図1に示す。

#### 2) 文献検討による看護モデルの枠組みの修正・加筆

老健における肺炎のケアの課題を明らかにする目的で筆者らが行った文献検討<sup>18)</sup>のデータを再度、分析に使用した。データベースは医学中央雑誌web版(ver. 5)とMEDLINE, CINAHLを用い、検索語を「介護老人保健施設, health care facilities/ care facilities」and「肺炎/pneumonia」, 対象者を65歳以上、全文入手が可能、海外文献は言語を英語として検索し、選定された26の文献を分析対象とした。

分析対象文献を精読し、看護モデルの目指す姿、および枠組みとの矛盾、不足する内容がないか確認した。看

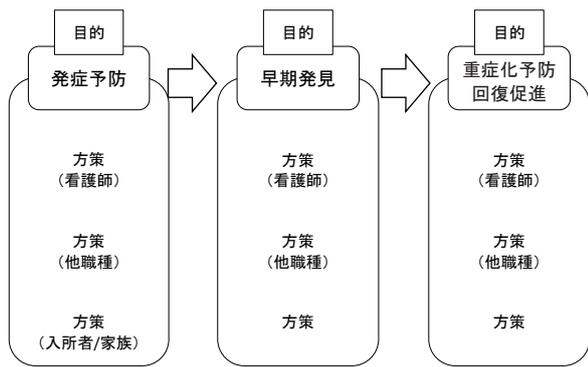


図1 看護モデルの枠組み

看護モデルの目指す姿と枠組みに矛盾する内容はなかったが、不足する内容を含む文献が1件あった。その文献では、肺炎リスクの高い入所者が肺炎発症後の急変によって治療・ケアの場についての合意形成がなされない中、老健で看取られたことが記述されており<sup>21)</sup>、老健での看取りを、途切れのないケアの一部として明記し、肺炎発症後の治療・ケアに関する家族の意思決定支援を追加する必要があると考えられたため、看護モデルの目指す姿の①を「発症前から看取りまでの途切れのないケア」に修正し、「⑥肺炎発症後の治療・ケアに関する意思決定支援」を追加した。

## 2. 老健の看護師の卓越した肺炎ケアの実践の意図と行動の抽出・抽象化と看護モデルの枠組みとの統合

### 1) 方法

看護師8名にインタビューを行い、老健の看護師の卓越した肺炎ケアの実践についてのデータを収集した。対象者は、全国老人保健施設協会の機関誌や看護系の商業

誌、老年医学会誌に肺炎や感染症に関する実践について掲載されたことがあり、研究協力について承諾の得られた老健4施設に所属する看護師である。インタビューでは看護師が経験した入所者の肺炎の事例のうち、老健で治癒した事例、老健で看取りを行った事例、医療機関に転院した事例のいずれかについて、肺炎の発症前後の状況・状態の変化をどのようにして捉え、それに基づいてどのような判断・行動をしたのか語ってもらい、逐語録を作成した。

まず、逐語録から、肺炎ケアにおける早期発見から発症後の適切な治療の場の選択についての判断を明らかにした<sup>19)</sup>。次に、逐語録を肺炎の包括的ケアの視点から見た時の意味を解釈した。

対象者と事例の概要をそれぞれ表1に示す。いずれの看護師も老健での看護あるいは高齢者の看護に精通していると考えられた。

#### (1) 目的と行動例、方策の抽出

逐語録から事例に対する看護師の考えと行動を抽出・要約した。その要約を肺炎の包括的ケアにおける意味という視点から研究者が解釈し、意図とした。次に意図、要約の抽象度を上げそれぞれ目的、行動例とした。次にそれぞれの目的に対応する類似の行動例をまとめて方策とした。

#### (2) 目的と方策のモデルへの統合

抽出された目的とそれに対応する方策の内容から、看護モデルの発症予防、早期発見、重症化予防のいずれかの枠組みに配置した。

看護師の行う方策に連動して他職種、入所者・家族が

表1 対象施設・対象者・事例の属性

	施設Ⅰ		施設Ⅱ		施設Ⅲ		施設Ⅳ	
看護師	A	B	C	D	E	F	G	F
看護師歴	15年8か月	30年3か月	17年2か月	9年	10年6か月	31年3か月	17年	33年7か月
老健看護師歴	4年2か月	8年3か月	6年1か月	3年2か月	4年7か月	1年5か月	2年4か月	6年4か月
事例の転帰	1	2	3		1	3	1	3
年代	80歳代	60歳代	80歳代		80歳代	100歳代	80歳代	100歳代
性別	女性	男性	男性		男性	男性	男性	男性
介護度	4	5	3		2	3	4	4
障害高齢者の日常生活自立度	C-2	C-2	B-2		A-1	A-2	B-2	B-2
認知症高齢者の日常生活自立度	M	Ⅳ	Ⅲa		非該当	Ⅲa	Ⅳ	M

転帰1：入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健での治療を受けて治癒した事例

転帰2：入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健でのターミナルケアを受けて、看取られた事例

転帰3：入所中に誤嚥性肺炎を発症し、老健から医療機関に転院した事例

※ 著者らが発表した文献19の表2、3の一部を改編

実施する方策を作成し、看護師の方策に対応させて配置した。

## 2) 看護師の卓越した肺炎ケアの特徴を踏まえた修正

看護師の卓越した肺炎ケアの実践には、2点の特徴がみられた。1点目は、入所者の状態・状況をその後の変化を見通したうえでアセスメントし、今の入所者に必要なケアを判断し、実践していたこと、2点目は、肺炎の診断前に、入所者の非定型的な症状をとらえ、肺炎発症の可能性について判断していたことである。その際、看護師は介護職を中心とした他職種と情報を共有することで、入手した情報の精度を高め、的確な判断へと結び付けていた。これらの特徴に合わせて以下のように看護モデル試案の修正を行った。

### (1) 入所者区分の設定

看護モデル試案の3つの枠組みを入所者の状態・状況とその推移に応じて分け、入所者区分とし、それぞれの入所者区分における肺炎ケアの目的とそれに対応する方策を配置した。また、肺炎発症前の入所者については、リスクに応じて、肺炎リスクがない者（以下、ゼロリスク者）、低リスク者、高リスク者の3つの入所者区分に分け、それに応じた発症予防のケアが提供できるように、発症予防の枠組みの上方に、スクリーニングによって、すべての入所者の肺炎リスクを評価する枠を追加した。また、健康増進の視点から、ケアによって誤嚥のリスクが減少することを表すように、入所者区分をつなぐ矢印を双方向に変更し、入所者区分間を変更する条件を矢印上に明記した。

### (2) 枠組みの追加

看護師の肺炎ケアには、入所者の状態・状況に関係なく普段から実施しているものや入所者に対する直接的なケア以外の内容も含まれていたため、その内容に基づいて看護モデルの下部に「肺炎の包括的ケアを推進する円滑な関係性の構築」、「肺炎の包括的ケアに関連するアセスメント能力と技術の向上」、「肺炎の包括的ケアの実施に向けた体制・環境の整備」の3つの目的を追加した。

## 3) 文献検討による補足

看護師へのインタビューでは、肺炎を発症した入所者について質問したため、肺炎リスクの高い入所者の誤嚥予防のケアについては多くの要約が得られたが、ゼロリスク者へのケア、誤嚥のリスクを減らすという健康増進の視点に関する要約を得ることができず、この部分に対応する目的、行動例が不足していた。老健には、より自立した入所者もいるため、ゼロリスク者へのケアの目的と行動例を追加する必要があった。また、追加した入所者の状態に関係なく普段から実施しているケアの目的の

うち「肺炎の包括的ケアを推進する円滑な関係性の構築」についても行動例が不足していた。そのため、これらの不足している目的・行動例について文献から補足した。

ゼロリスク者に対する肺炎ケアの目的・行動例の補足では、データベースに医学中央雑誌web版(ver.5)を用い、検索語を「介護保険施設」and「嚥下機能」and「維持」、or「口腔機能」、or「身体機能」and「維持」、or「栄養改善」and「サルコペニア」、or「フレイル/虚弱高齢者」に設定し、全文が入手可能な文献を対象とした。会議録、肺炎、介護保険施設における看護のガイドラインも対象文献に加えた。

得られた7件の文献から肺炎リスクがない入所者の健康維持と健康増進の目的、行動例を抽出し、看護モデル試案に追加した。スクリーニング時に誤嚥リスクがなくても、入所中にリスクが変動する可能性はあるため、ゼロリスク者においても低リスク者の肺炎ケアの目的「肺炎リスクの変化をつかむ情報収集」と行動例を追加した。

目的「肺炎の包括的ケアを推進する円滑な関係性の構築」に対する行動例は、ハンドサーチで抽出した2件の文献<sup>22), 23)</sup>から円滑な関係性の構築に関する実践を抽出し、行動例とした。

## 4) これまでの工程を経て作成された看護モデル試案

### (1) 看護モデルの構成

以上の過程を経て作成された看護モデルはスクリーニングによって肺炎発症のリスクを分類した後、肺炎発症のリスク、発症後の入所者の状態・状況毎に分類した入所者区分を設け、入所者区分毎の肺炎ケアの目的と方策、入所者の状態・状況に関係なく実施する肺炎ケアの目的と方策で構成された。

### (2) スクリーニングと入所者区分

すべての入所者は、顕性・不顕性誤嚥の程度から肺炎発症リスクをアセスメントされ、【ゼロリスク者】【低リスク者】【高リスク者】の3つの区分に分類される。肺炎発症後は入所者の状態・状況に応じて肺炎ケアの目的が異なるため、肺炎の診断前後、治療前後の状態・状況に応じて、【肺炎を発症した可能性がある者】【肺炎と診断された者】【老健で治療・ケアを受ける者】【治療を受けても回復しない者】の4つの区分に分類される。

### (3) 目的・方策

肺炎ケアの目的は16個で、そのうち、入所者の肺炎リスクを分類するための目的が1個、入所者の状態・状況に応じて目指す目的が12個、入所者の状態・状況に関係なく普段から目指す目的が3個であった。目的に対応した60個の方策が導かれ、その内訳は、看護師25個、他職種22個、入所者・家族13個であった。

また、看護モデルを使用する看護師に看護モデルの目指すところ、使用方法を理解してもらうため、看護モデルの意義、構成を記載したガイドブックを作成し、行動例、活用例はガイドブック中に記載した。看護モデル試案作成のすべての工程において「老健の肺炎の包括的ケアが記述されているか」という視点で、誤嚥予防に関する博士論文の指導経験、および多職種協働に関する研究業績のある研究者と討議した。

### 3. 専門家会議による看護モデル試案の内容妥当性・構成概念妥当性の評価

#### 1) 対象者

研究協力について同意が得られた老健に勤務する認知症看護認定看護師、摂食・嚥下障害認定看護師、老人看護専門看護師各1名、フィジカルアセスメントを研究領域とする研究者1名、介護保険施設の看護を研究領域とする研究者1名の合計5名を専門家会議委員とした。

#### 2) 研究方法

郵送による質問紙調査を2回行った。質問紙には、2回とも自由記載欄を設けた。

##### (1) 1回目調査

看護モデル試案の構成要素とそれらの関係の妥当性、および重要性について、「1. 妥当/重要である」から「4. 妥当/重要でない」の4段階で評価を依頼した。

各項目について内容妥当性指数を算出し、0.78を超える場合を妥当性がある<sup>24)</sup>とした。0.78以下の項目はそのように判断した理由を参考に、内容を修正、あるいは削除した。

##### (2) 2回目調査

1回目の指摘の回答に対する修正箇所の確認と看護モデル試案の構造の妥当性（看護モデルが目指す姿を反映した構造・構成になっているか）について、「1. とても当てはまる」から「5. 全く当てはまらない」の5段階で評価を依頼した。

#### 3) 倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得た後（承認番号27-69、28-96）、研究協力者に研究の趣旨、データの取り扱い、個人と組織の情報保護、途中辞退の保証、自由意思の尊重、研究結果の公表方法等を文書、および口頭で説明し、同意を得て実施した。

#### 4) 結果

##### (1) 1回目調査

2項目を除き、看護モデルの目的、および方策の妥当性指数は0.78を超えていた。妥当性指数が0.78以下の2項目は、以下のように修正した。

1つ目は新規・再入所者、老健で肺炎治療を受けて回復した者としていたスクリーニングの対象者を、スクリーニングの目的から、すべての者にすべきとの指摘であり、スクリーニングの対象者をすべての入所者に修正した。

2つ目は老健で『看取り』となる場合も、看護モデルの中で苦痛を最小限にするなど、支える医療は必要との指摘であり、看護モデルの目指す姿に⑦できるだけ苦痛のない看取り、入所者区分に【看取りを受ける者】をそれぞれ追加し、肺炎ケアの目的、方策を加えた。

また、老健入所者は、程度の差はあれ誤嚥しやすい者もいるとの指摘があり、ゼロリスク者を低リスクに、低リスク者を中リスク者にそれぞれ修正した。

##### (2) 2回目調査

1回目の回答・指摘に対する修正について、適切でない回答した内容については、指摘にそって修正した。

看護モデルの構成の妥当性については、2項目を除き看護モデルが目指す姿を反映した構造であることが確認された。2項目については、それぞれの指摘に対し、以下のように修正を行った。

1つ目は老健の役割は在宅復帰であるため、看取りへの方針転換は、回復の兆候が見られない者の選択肢の1つであるとの指摘であり、そのことが明確になるように修正した。

2つ目はスクリーニングの弁別の程度が不明との指摘であり、文献<sup>25), 26)</sup>を基に、肺炎に関連する既往、顕性・不顕性誤嚥の有無、感染兆候の有無から、各リスクに振り分ける基準を明記した。

## V. 老健における誤嚥性肺炎の予防を目指す看護モデル (図2)

最終的な看護モデルの目指す姿と看護モデルの構成について述べる。

看護モデルの目指す姿は最終的に以下の①～⑦とした。

#### 【看護モデルの目指す姿】

- ① 肺炎発症前から看取りまでの途切れないケア
- ② 他職種、入所者とその家族との協働
- ③ すべての入所者に対する肺炎の発症予防
- ④ 肺炎の早期発見
- ⑤ 肺炎発症後の治療・ケアに関する意思決定支援
- ⑥ 肺炎発症後の重症化予防と回復促進
- ⑦ できるだけ苦痛のない看取り

最終的な看護モデルは「すべての入所者の肺炎リスクの把握（目的1）」1個、肺炎リスクの程度や肺炎発症

から発症後の状態によって定めた8個の入所者区分とそれぞれに対する肺炎ケアの目的である「入所者の状態・状況に応じて目指す目的（目的2～14）」13個、「入所者の状態・状況に関係なく普段から目指す目的（目的15～17）」3個の計17個の目的を設定した。それぞれの目的を達成するために看護師が行う方策、それに連動して他職種、入所者・家族が行う方策を配置し、看護師は方策を実施すると同時に、他職種、入所者・家族が連動する方策を実施できるように働きかけることを示した。

本看護モデルは、入所者の状態・状況をアセスメントし、その状態・状況を見極めることにより、その入所者に必要な肺炎ケアの目的と目的を達成するために必要な看護師、他職種、入所者・家族の方策が一目で分かるように示されている。

顕性・不顕性誤嚥の程度をスクリーニングして肺炎発症リスクをアセスメントし、【低リスク者】に分類された場合を例に説明する。【低リスク者】に対しては、看護師、他職種、入所者・家族は、肺炎ケアの目的2「健康維持と健康増進の支援」、目的3「肺炎リスクの変化の把握」を達成する方策（NS、OP、RF）を行う。例えば、目的2を達成するためには、看護師は他職種と総合的なケア計画を立案・実施し（NS21）、入所者・家族は健康の維持・増進に向けたセルフケア／ケアを実施する（RF21）。同様に、目的3を達成するために、看護師と他職種は摂食・嚥下機能の変化（NS31）、普段と異なる様子を把握し（NS32）、互いに共有する。入所者・家族は普段と異なる様子を把握し、老健職員と共有する（RF32）。

## VI. 考察

本研究は老健の看護師の卓越した肺炎ケアの実践を鍵として、老健のすべての入所者の肺炎の発症予防から重症化予防までの途切れない肺炎ケアを老健の他職種と連携して行うことを示す包括的な看護モデルの作成を目的とした。作成した看護モデルが目指した発症予防から看取りまでの途切れないケアの提供、職種間の連携の促進につながるのか考察する。

### 1. 発症予防から看取りまでの途切れないケアの提供

#### 1) すべての入所者に対する肺炎の発症予防

これまで老健の肺炎予防に関する研究は、高リスク者の発症予防が多くを占めていたが<sup>19)</sup>、老健の入所者は程度の差はあれ嚥下障害を有しており、明らかな肺炎リスクがない入所者においても肺炎のリスクを増大させないという視点、嚥下機能を改善し、誤嚥のリスクを減少させるという健康増進の視点が必要である。本看護モデル

では、すべての入所者の肺炎リスクを評価し、【低リスク者】【中リスク者】【高リスク者】の3区分に分類することから低リスク者に対しても肺炎の発症予防を行うことが明確となり、高リスク者に重点が置かれていた肺炎予防ケアの対象を拡大することで、すべての入所者の確実な肺炎発症予防につながることを期待される。

#### 2) 肺炎の早期発見

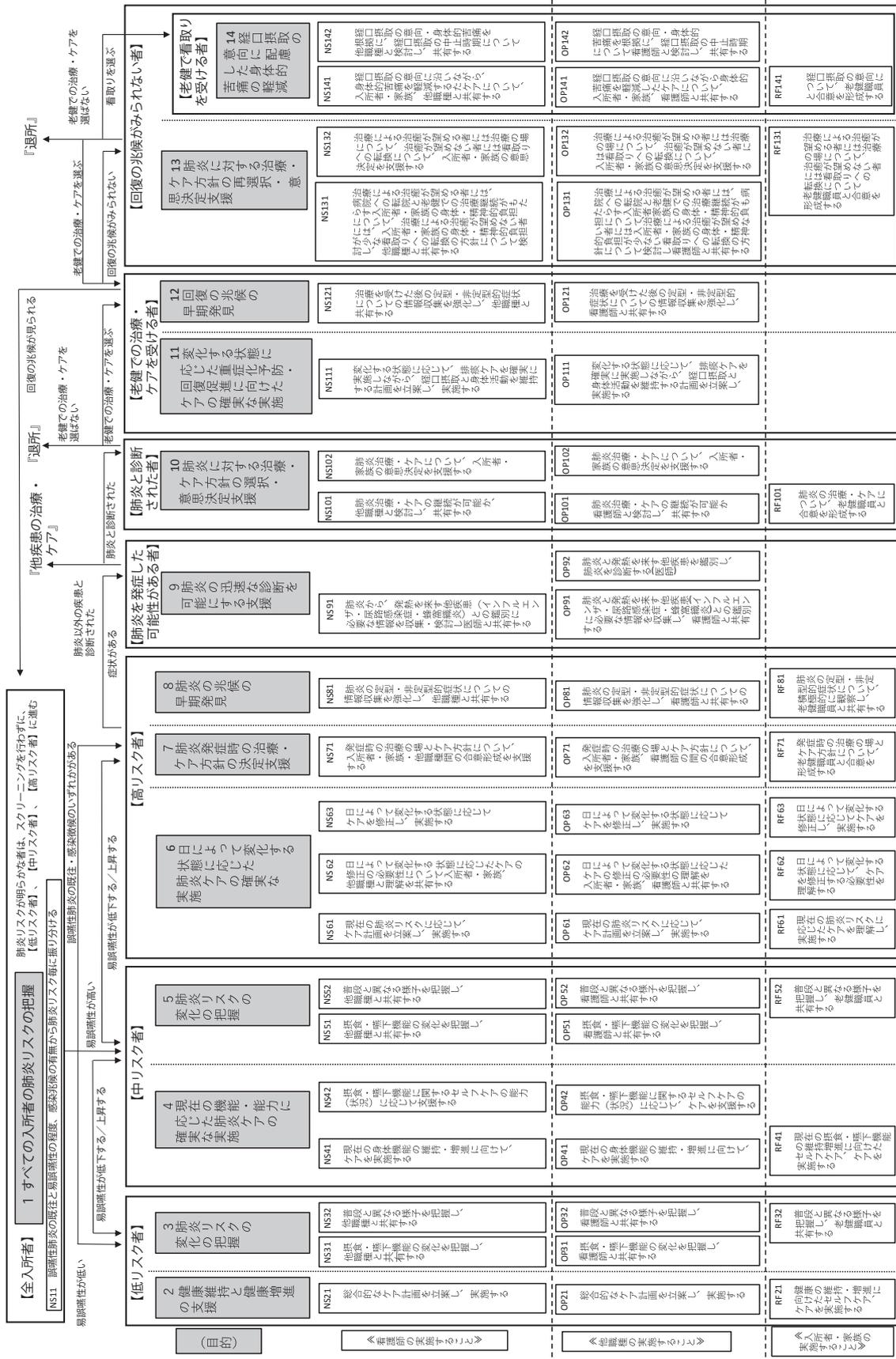
高齢者の肺炎は急速に重症化する場合もあり、早期発見が重要であるが、典型的な肺炎の症状を示さないこともある高齢者の肺炎の早期発見は容易ではない<sup>9)～12)</sup>。本看護モデルでは、肺炎発症前の【高リスク者】の肺炎ケアの目的、方策に定型・非定型的症状の情報収集、発症後の【肺炎を発症した可能性がある者】の肺炎ケアの方策に肺炎と他疾患との鑑別に必要な情報収集を設定した。これらによって肺炎リスクの高い入所者に対して非定型的症状の段階で肺炎を疑ったり、医師が肺炎と他疾患を迅速に鑑別する一助となり、早期発見につながることを考えられる。また、老健で肺炎を発症した入所者は、所定疾患施設療養費を用いた治療の対象となることから、早期に肺炎と診断されることで、重症化の予防や治療の場の選択について時間的な余裕をもって意思決定をすることが可能になると推測される。

#### 3) 肺炎を発症した場合の治療・ケアの場の選択

入所者が肺炎を発症した場合、次に問題になるのが治療・ケアの場の選択である。老健での治療で治癒する見込みがある、あるいは老健外で治療を受けるとADLの低下や環境変化による入所者と家族の精神的・社会的な弊害が大きいと予測される場合には、老健での治療が選択される。したがって、肺炎を発症した入所者の身体的・精神的・社会的な側面を十分に検討し、入所者・家族、専門職間で治療・ケアの場について合意を形成する必要がある。

本看護モデルでは、高リスク者の肺炎発症前の肺炎ケアの目的に、「肺炎発症時の治療・ケア方針の決定支援」を定め、そのための方策を記載した。入所者が実際に肺炎を発症した時の状況によっては、事前に合意した治療・ケア方針が変更される場合もあるが、肺炎を発症してから判断するよりは、本看護モデルに示すように、発症後の状況を想定し、様々な選択肢を検討した上で事前に意思決定をしておくことで、より納得したかたちでの合意形成につながる可能性がある。

一方、入所者が老健で肺炎の治療を受ける場合、回復を促進するケアが必要となるが、呼吸機能や全身状態に合わせて、身体活動を維持するケアを計画することは容易ではない。本看護モデルでは、老健で肺炎の治療を受



15 肺炎の包括的ケアに関連するアセスメント能力と技術の向上

NS151 肺炎の発症前後に実施した内容について振り返り、肺炎の包括的ケアを修正し、実施する

16 肺炎の包括的ケアの実施に向けた体制・環境の整備

NS161 肺炎の包括的ケアの実施に不可欠な看護職員のマンパワーを確保する

17 肺炎の包括的ケアを推進する円滑な関係性の構築

NS171 他職種、入所者、家族の連携に向けた効果的なコミュニケーションを図る  
NS172 他職種、他職種、入所者、家族の間のチームワークを高める

図2 高齢における誤嚥性肺炎の予防を目指す看護モデル

ける入所者に対するケアの目的として、変化する状態に応じた重症化予防・回復に向けたケアの確実な実施、回復の兆候の早期発見を定め、それに対応した方策を設定した。これらの目的と方策によって、身体活動を維持するケアの開始・中止時期のアセスメントがなされ、入所者の状態に合わせて回復を促すケアの実施が可能になると考える。

#### 4) 老健での看取りとなった入所者に対するケア

高齢者の誤嚥性肺炎は、再発を繰り返して、徐々に全身状態が悪化して死に至るといった経過をたどる場合が多い<sup>6)</sup>ため、老健では繰り返して肺炎を発症する入所者に対しては看取りを考慮することが必要である。

本看護モデルでは、【回復の兆候がみられない者】の中に【老健で看取りを受ける者】を設定することで、治療による回復が見込めず、老健で看取りを受ける場合でも最期まで「途切れないケア」を提供することが可能になると考える。

以上より、本看護モデルではすべての入所者の肺炎リスクをアセスメントし、それに応じたケアの目的と方策、肺炎発症後は重症化予防と回復促進から老健での看取りまでのケアの目的と方策をそれぞれ設定し、1つの図として示すことによって、すべての入所者の状態・状況に応じた肺炎ケアの全体像が可視化され、発症予防から看取りまで途切れないケアの実施可能性が高まったと考える。

## 2. 職種間の連携の促進

老健の看護師のアセスメントには他職種との連携が重要である<sup>17)</sup>とされている。看護師の卓越した肺炎ケアの実践のインタビューにおいても看護師は介護職を中心とした他職種と情報を共有することで、入手した情報の精度を高め、的確な判断へと結び付けていた。老健の肺炎ケアに関わる各職種がそれぞれの役割を踏まえて連携するためには、入所者の状態に応じた肺炎ケアの目的を職種間で共有し、適切な専門職と連携できるかどうか重要であるため、本看護モデルには、看護師の方策と連動して他職種、入所者・家族の実施する方策を設定した。これによって、看護師が、他職種、入所者・家族に対してもそれぞれの方策を実施してもらえよう働きかけることで、同じ目的に向かい、それぞれの職種が役割を発揮することができる。また、他職種の連携を円滑に行うためには普段からの関係づくりが不可欠である。本看護モデルでは、肺炎ケアと直接的に関連しないが、普段から目指すケアの目的として「肺炎の包括的ケアを推進する円滑な関係性の構築」、「肺炎の包括的ケアに関連するアセスメント能力と技術の向上」、「肺炎の

包括的ケアの実施に向けた体制・環境の整備」の3つを設定した。これらによって、多職種連携が促進され、発症予防から重症化予防までの途切れないケアの実施が強化されると考える。

## VII. 研究の限界および今後の課題

看護モデルは抽象度の高い概念で構成される<sup>20)</sup>が、本研究の成果物は、入所者の状態・状況に応じて看護師が行う具体的な方策から構成されているため、本研究の成果物を看護モデルと呼ぶことが適切なのか更なる検討が必要であると考え。また、今後は本看護モデルを実際に老健で使用し、有用性・実用可能性についての評価が望まれる。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力くださいました老健の施設長、看護管理者、看護師の皆様、ならびに専門家会議委員の皆様に、厚く御礼申し上げます。

本研究において、利益相反はない。

本論文は千葉大学大学院看護学研究科に提出した博士学位論文の一部を加筆・修正したものである。

## 引用文献

- 1) 全国老人保健施設協会：老健施設とは一公益社団法人全国老人保健施設協会 (roken.or.jp) (2020.3.8)
- 2) 江澤和彦：高齢者肺炎とその予防対策，老健，21(9)：27-30，2010.
- 3) 長谷川浩：救急病院からみた高齢者医療，老健，21(12)：27-32，2011.
- 4) Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H: High incidence of aspiration pneumonia in community-and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients a multicenter, prospective study in Japan, Journal of the American Geriatrics Society, 56(3): 577-579, 2008.
- 5) 厚生労働省：平成29年人口動態統計月報年計（概数）の概況結果の概要，図7-1 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai17/dl/kekka.pdf>(2020.3.8)
- 6) 海老原孝枝：誤嚥性肺炎の診断・治療・予防，Geriatric Medicine, 58(4)：305-309，2020.
- 7) 橋原美恵子，井上桂子：介護施設における摂食嚥下姿勢の現状と課題—岡山県でのアンケート調査を通して—，川崎医療福祉学会誌，30(2)：597-605，2021.
- 8) Marrie, TJ: Community-acquired pneumonia in the elderly, Clinical Infectious Diseases, 31(4): 1066-1078, 2000.
- 9) Simonetti AF, Viasus D, Garcia-Vidal C: Management of community-acquired pneumonia in older adults, Therapeutic Advances in Infectious disease, 2(1): 3-16, 2014.

- 10) 野々下靖子：当院で経験したレビー小体型認知症（DLB）の一例，乙訓医学会集録，23：52-54，2014.
- 11) Yoshimatsu Y, Tobino K, Ko Y: Careful history talking detects initially unknown underlying causes of aspiration pneumonia, *Geriatric & Gerontology International*, 20(8): 785-790, 2020.
- 12) 新村竜洋：肺炎に伴う廃用症候群により在宅復帰困難となった一症例—老健入所から在宅復帰まで—，理学療法技術と研究，39：42，2011.
- 13) Gutiérrez F, Masía M: Improving outcomes of elderly patients with community-acquired pneumonia, *Drugs & Aging*, 25(7): 585-610, 2008.
- 14) 東海林美和子，山口智，目黒謙一：終末期を生きる認知症の人の可能性とケア102歳，急性肺炎で意識消失，経口摂取不となっても治療により復活した事例，日本認知症ケア学会誌，18(3)：621-628，2019.
- 15) 植谷三桂，永井るみこ，永井由美子：介護老人施設における口腔ケアの歯科衛生士の支援に関する課題分析，梅花女子大学看護保健学部紀要，9：29-41，2019.
- 16) 山田千春：介護老人保健施設における看護職の役割定義の活動の特徴—看護職と介護職との相互行為に焦点づけて—，老年社会科学，37(3)：316-324，2015.
- 17) 山本浩子，百田武司：介護老人保健施設における看護職員と介護職員の連携・協働における課題，日本赤十字広島看護大学紀要，19：23-31，2019.
- 18) 小熊重希子，吉本照子，杉田由加里：介護老人保健施設における肺炎の罹患予防，発見，治療開始後の取り組みと看護の課題，千葉看護学会誌，26(2)：56-63，2017.
- 19) 小熊重希子，吉本照子，飯野理恵：介護老人保健施設の看護師の誤嚥性肺炎の早期発見，治療の場の決定に向けた判断の過程，千葉看護学会誌，26(2)：56-63，2021.
- 20) Fawcett, J: 看護モデルの理解—分析と評価—（小島操子監訳），第1版，医学書院，1990.
- 21) 酒井ゆみ：これからの歯科衛生士像 超高齢社会が求める歯科衛生士とは？介護老人保健施設における歯科衛生士の役割 組織力を強化するためのマネジメント，日本歯科評論，73(5)：141-146，2013.
- 22) 日本看護協会編：介護施設の看護実践ガイド，第1版，医学書院，2013.
- 23) 相馬孝博：これだけは身に付けたい患者安全のためのノンテクニカルスキル超入門WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版をふまえて，メディカ出版，2014.
- 24) D.F. ポーリット& C.T. ベック：看護研究 原理と方法（近藤潤子監訳），第2版，医学書院，2010.
- 25) 宮城県南栄養サポートネットワーク：嚥下評価シート，[http://www.ne.jp/asahi/ghp/t.niitani/South\\_Miyagi\\_NSN/weirou\\_qing\\_baofairunodaunrodo\\_files/h.pdf](http://www.ne.jp/asahi/ghp/t.niitani/South_Miyagi_NSN/weirou_qing_baofairunodaunrodo_files/h.pdf)(2020.10.8)
- 26) 東京都多摩立川保健所：摂食・嚥下機能障害チェックシート（改訂版），[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/tthc/hoken\\_iryu/checksheet.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/tthc/hoken_iryu/checksheet.html)(2020.10.8)

DEVELOPMENT OF A NURSING MODEL THAT PROMOTES COMPREHENSIVE CARE  
FOR PREVENTION, EARLY DETECTION AND PREVENTION OF AGGRAVATION  
OF ASPIRATION PNEUMONIA IN RESIDENTS OF A LONG-TERM HEALTHCARE FACILITIES

Akiko Koguma<sup>\*1</sup>, Shinobu Okada<sup>\*2</sup>, Rie Iino<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>: Research Student, Graduate School of Nursing, Chiba University

<sup>\*2</sup>: Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

comprehensive care, aspiration pneumonia, residents of long-term care facilities

This study aimed to develop a nursing model that promotes comprehensive care of aspiration pneumonia (hereafter pneumonia) in residents of a long-term healthcare facility for the elderly (hereafter healthcare facility). The provisional nursing model was created by integrating pneumonia best care practices of eight nurses at four healthcare facilities obtained from interviews with a nursing model derived from the three stages of preventive medicine, which was then supplemented with literature review. Nurses at the healthcare facilities utilized information obtained through collaboration with other healthcare professionals to assess the residents' condition and their subsequent changes, determined and implemented the necessary care accordingly. Therefore, the nursing model was created by setting objectives and care plans for nurses, other healthcare professionals, residents and their families to conduct depending on the residents' condition. Next, the validity of the content and structural concepts of the provisional nursing model was confirmed by the expert panel and revised with respect to comments from the experts. The nursing model consisted of 14 care objectives based on the identification of risk of pneumonia for all residents, the residents' condition, 3 care objectives to be implemented regardless of the residents' condition/situation, and 60 measures to be implemented by nurses, other healthcare professionals, residents and their families to achieve each respective objective. This nursing model was considered useful for the prevention of aspiration and aspiration pneumonia in residents of healthcare facilities by enabling nurses to accurately assess the condition/situations of all residents and to provide appropriate pneumonia care. In the future, there is a need to try out the nursing model and clarify its effect.